

PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES AUTORIZACION PARA EL REEMBOLSO DE LA ASISTENCIA PROVISIONAL

NOMBRE

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Entiendo que se considera asistencia provisional la asistencia que la oficina del Departamento de Servicios Sociales Públicos (DPSS) del Condado de _____ autorice o me pague a mí o a nombre mío bajo el Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI), si esta asistencia proviene de fondos del estado y si se paga durante el período de tiempo en que se está determinando si reúno los requisitos de elegibilidad para el Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP). (La asistencia que se paga completamente o parcialmente con fondos federales no se considera asistencia provisional.)

Tomando en cuenta tal asistencia provisional que se me pague, o que se pague a nombre mío, doy mi autorización para que el Comisionado de la Administración del Seguro Social (SSA) envíe a la oficina que se nombra arriba, el primer pago de cualquier beneficio proveniente de SSI/SSP para el que se establezca que soy elegible.

Autorizo que esa oficina retenga de ese pago una cantidad que equivalga al total de los pagos de asistencia de CAPI que esa oficina u otras oficinas de California que proporcionan pagos provisionales me hayan pagado, o hayan pagado a nombre mío, para cubrir mis necesidades básicas, antes y después de la fecha de esta autorización, pero limitándose al período de mi elegibilidad para recibir SSI/SSP.

- Solicitud Inicial comenzando con el mes para el que se determine que soy elegible para recibir un pago de SSI/SSP y terminando el mes en que comiencen mis pagos de SSI/SSP;
- o
- Después que se establezca la elegibilidad comenzando con el mes en que se reactiven mis pagos de SSI/SSP después de un período en que se hayan suspendido o descontinuado, y terminando el mes en que comiencen de nuevo mis beneficios.

Entiendo que, una vez que se tome la deducción antes mencionada de mis pagos de SSI/SSP, la oficina que se menciona anteriormente me pagará el saldo, si es que lo hay, antes de que pasen diez (10) días hábiles comenzando el día en que esa oficina reciba mi pago de la SSA.

Entiendo que si creo que la cantidad que se redujo de mis pagos retroactivos de SSI/SSP es más alta que la cantidad de la asistencia de CAPI que se me pagó, o que la oficina pagó a nombre mío, o si creo que la oficina que se menciona anteriormente no me pagó lo que sobró dentro del período de diez (10) días, tengo el derecho de solicitar una audiencia administrativa con el Departamento de Servicios Sociales del Estado. Tengo que presentar esta solicitud antes de que pasen noventa (90) días a partir de la fecha en que la oficina que se menciona arriba me notifique que recibió y distribuyó el pago.

Entiendo que si presento una solicitud inicial para beneficios de SSI/SSP en una de las oficinas del Seguro Social antes de que pasen sesenta (60) días a partir de la fecha en que la oficina que se menciona anteriormente reciba este formulario firmado, es posible que reúna los requisitos para recibir los beneficios de SSI/SSP tan pronto como la fecha en que la oficina que se menciona anteriormente reciba este formulario firmado.

Entiendo que esta autorización entra en vigor comenzando con la fecha en que la oficina que se menciona anteriormente reciba este formulario firmado y que dejará de estar en vigor:

- Solicitud Inicial al final de un (1) año, a partir de la fecha en que la oficina que se menciona anteriormente reciba este formulario firmado, a menos que yo solicite SSI/SSP durante ese período de tiempo, o a menos que ocurran una de las cosas mencionadas a continuación. En tal caso dejará de estar en vigor la autorización a partir de la fecha en que ocurra una de las siguientes:
- La SSA me haga un pago inicial o reactive los pagos que reclamo.
 - La SSA niegue mi petición y yo no presenté a tiempo una apelación sobre esta decisión.
 - La oficina que se menciona anteriormente y yo estemos de acuerdo en terminar este convenio.
- o
- Después que se establezca la elegibilidad al final de un (1) año, a partir de la fecha en que la oficina que se menciona anteriormente reciba este formulario firmado, o al final del período de tiempo máximo que se permite para pedir que se revise la decisión de suspender o descontinuar mis beneficios de SSI/SSP, el período de tiempo que sea más largo, a menos que yo presente a tiempo una petición para que se revise mi caso, a menos que ocurra una de las cosas que se mencionan anteriormente. En tal caso, dejará de estar en vigor la autorización a partir de la fecha en que ocurra tal evento.

Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta, y completa.

FIRMA DEL SOLICITANTE O DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA EN QUE SE FIRMO

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA AGENCIA DE ASISTENCIA PROVISIONAL

NUMERO DE TELEFONO

FECHA EN QUE SE FIRMO